14

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

# THÈSE

N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 5 mars 1908, à 1 heure*

PAR

**E. BERGER**

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

### D'ORIGINE TUBERCULEUSE ET PARTICULIÈREMENT DE LA FORME SÈCHE

*Président :* M. HUTINEL, *professeur.*

*Juges :* MM. DIEULAFOY et DEBOVE, *professeurs.*
CASTAIGNE, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTES
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie générale | GAUTIER. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | DEJERINE. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE. |
| Histologie | PRENANT. |
| Opérations et appareils | QUENU. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT. |
| Hygiène | CHANTEMESSE. |
| Médecine légale | THOINOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | G. BALLET. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | HUTINEL. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN. |
| Clinique d'accouchements | PINARD. BAR. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (Fern.) | DUVAL (Pierre) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LŒPER | RENON |
| BROCA (André) | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL (che des trav. anat. |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CASTAIGNE | JOUSSET (André) | MORESTIN | ZIMMERN |
| CLAUDE | LABBE (Marcel) | MULON | |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

# BIBLIOGRAPHIE


Regnault. — Observations rapportées. *Archives générales de médecine*, 1905, page 711.

Chauffard. — Pleurésie interlobaire. *Journal des praticiens*, 1905, page 387.

Martinelli. — Pleurésie interlobaire aiguë. *Thèse de Paris*, 1905.

Hue. — Signes de la pleurésie. *Thèse de Paris*, 1888.

Millet. — Empyème gangréneux interlobaire. *Thèse de Paris*, 1889.

Breton. — Pleurésie pneumococcique, prise pour un anévrysme de l'aorte. *Revue générale de clinique et de thérapeuthique*, 1905, page 292.

Perrier. — Pleurésie interlobaire suppurée. *Thèse de Paris*, 1878.

Béclère. — *Presse médicale*, mars 1902-1903.

Potain. — *Médecine moderne*, 1892, page 418.

— *Union médicale*, 1892, page 480.

Sarrony. — Pleurésie enkystée. *Thèse de Paris*, 1892.

Moitié. — Pleurésie interlobaire. *Thèse de Lille*, 1904.

Jaccoud. — Article *pleurésie*. Pathologie interne.

Schwartz. — Pleurésie à signes pseudo-cavitaires chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1905.

Dieulafoy. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, tome III.

Guinon. — Difficulté du diagnostic de la pleurésie interlobaire.

— *Bulletin et mémoire de la Société médicale et thérapeutique*, 1899.

MANGERY. — Pleurésie purulente et abcès froid de la plèvre. *Thèse de Paris*, 1899.

MERY. — Pleurésie purulente simulant une broncho-pneumonie. *Journal de médecine interne*, 1905, p. 189.

GRANCHER. — Diagnostic et traitement de la pleurésie interlobaire.

— *Revue de la thérapeutique médico-chirurgicale*, 1900, page 117.

# HISTORIQUE

Dans les ouvrages anciens, nous ne trouvons rien de précis sur la pleurésie interlobaire.

Du reste les anciens auteurs ne connaissaient de cette maladie que le symptôme le plus saillant : la vomique. Et c'est sous ce nom qu'ils désignaient la maladie elle-même. Cependant grâce aux constatations anatomo-pathologiques, on arrive au début du XIX[e] siècle à isoler la pleurésie interlobaire.

Bayle parle déjà de ces pleurésies chroniques, dans lesquelles les lobes pulmonaires contractent des adhérences par leurs bords et qu'il faut bien se méfier de confondre avec les suppurations de l'intérieur du poumon.

Cet auteur avait déjà parfaitement vu, que dans ces cas il peut se constituer une poche centrale dans laquelle il se fait un épanchement de pus, alors que le parenchyme pulmonaire environnant est sain.

Puis vient Laënnec, qui combat l'idée adoptée à cette époque d'abcès développé à l'intérieur du poumon et

désigné comme nous le disions plus haut sous le nom de vomique.

Andral contribue à l'étude de la question en recueillant les observations de Lherminier.

Broussais et Loyal reprennent plus tard la théorie de Laënnec.

Cruveilhier, lui, pense que le diagnostic est impossible: « Le foyer purulent étant recouvert d'une épaisseur plus ou moins considérable de tissu pulmonaire sain et perméable à l'air, l'auscultation et la percussion, dit-il, ne peuvent donner aucun renseignement. »

Déjà vers le milieu du siècle et à la suite des travaux que nous venons de signaler, on commence à admettre en France la réalité de cette affection. Mais il n'en est pas de même à l'étranger, en Angleterre en particulier où Graves semble la confondre encore avec l'abcès pulmonaire.

Trousseau s'élève contre cette manière de voir et établit sur des données plus précises le diagnostic de la maladie.

Jaccoud apporte de son côté une contribution à cette étude.

Perrier, Mesa-Martinelli et Jachet étudient la question dans leur thèse inaugurale.

Potain prend la pleurésie interlobaire pour sujet d'une de ses cliniques.

Dieulafoy met la question définitivement au point dans ses leçons cliniques, en insistant sur les principaux symptômes de l'affection, l'hémoptysie, la vomique et en créant l'expression imagée de « matité sus-

pendue ». Sabourin, dans la *Revue de médecine*, avril 1907, attire l'attention sur les formes sèches de la pleurésie interlobaire tuberculeuse en découvrant les différentes variétés du point de côté scissural.

Enfin Béclère montre les résultats fournis par la radioscopie et la radiographie dans ces affections.

Il nous a semblé que dans les manifestations pathologiques interlobaires, la tuberculose réclamait une large part, aussi c'est ce point particulier que nous avons surtout en vue dans cette étude, où nous laisserons de côté les autres pleurésies pour ne retenir que les pleurésies tuberculeuses interlobaires sèches, séro-fibrineuses et purulentes.

## SYMPTOMATOLOGIE

Rappelons au début de ce chapitre la disposition générale des scissures interlobaires.

La scissure gauche, qui est unique, commence en arrière à 6 centimètres au- dessous du sommet du poumon et se dirige obliquement en bas et en dehors pour atteindre la base de cet organe après l'avoir contourné.

Le poumon gauche se trouve donc ainsi divisé en deux lobes, un supérieur, l'autre inférieur.

La scissure droite se comporte comme la précédente à son origine. Mais après un certain trajet elle se bifurque en deux branches, dont l'une continue son trajet presque horizontalement, tandis que l'autre contourne l'organe comme dans le cas précédent.

Le poumon droit est donc divisé en trois lobes.

Dans ce chapitre, nous essaierons de résumer les principaux symptômes de la pleurésie interlobaire tuberculeuse.

Mais avant tout une division s'impose, car cette affec-

tion présente différentes modalités. Elle peut être sèche, séro-fibrineuse ou purulente.

### 1° Pleurésie tuberculeuse interlobaire sèche.

Nous avons été frappés de la fréquence des réactions tuberculeuses, au voisinage des scissures interlobaires.

Nous avons entendu M. le Dr Mosny attirer souvent l'attention sur ce point dans son service ; et suivant son opinion, nous devons envisager deux classes différentes de malades.

Dans la première nous placerons tous ceux, qui tout en étant suspects de tuberculose, n'ont encore présenté aucun signe d'auscultation autre que de simples modifications respiratoires.

Les premiers bruits adventices sont souvent localisés à la zone qui environne les scissures interlobaires ; que ce soit des craquements ou des frottements.

En pratique, on doit donc porter son attention non seulement sur l'examen approfondi des sommets tant en avant qu'en arrière, sur la région du hile, dans la partie externe de la fosse sus-épineuse, mais encore dans toute cette région qui correspond au trajet de la scissure interlobaire dans la région postérieure des deux poumons.

Dans la deuxième catégorie, nous placerons les malades qui présentent déjà des lésions bacillaires nettes et chez qui vont apparaître des frottements au niveau de la scissure, sans que l'on puisse en percevoir dans les autres régions du poumon.

Ces malades présentent des signes qui doivent attirer l'attention du côté de la scissure interlobaire. Parmi eux citons le point douloureux juxta-vertébral et le point rétro-axillaire.

Ces points de côté ont été du reste bien décrits par M. Sabourin « Point de côté scissural ». (*Revue de Médecine*, avril 1907), et nous ne saurions mieux faire que de citer ses paroles :

« Tout le trajet de la marge scissurale pouvant donner lieu à un foyer inflammatoire, les points autochtones peuvent exister partout. Mais le plus commun de tous est le point juxta-vertébral au voisinage des troisième et quatrième côtes, et c'est là le lieu d'élection pour les lésions pleuro-pneumoniques tuberculeuses, en marge de l'origine de la grande scissure....

En second lieu vient le point autochtone rétro-axillaire, qui lui n'existe qu'à droite au niveau de la naissance de la petite scissure horizontale. Il y a là un assemblage de trois coins pulmonaires, véritable carrefour, qui est relativement un lieu d'élection pour les affections pleuro-pneumoniques.....

Quand toute la scissure est atteinte de pleurésie marginale, le point de côté autochtone n'est plus un point, mais bien une bande, une écharpe douloureuse. »

M. le Dr Sabourin reconnaît aussi des points aberrants. Ils sont au nombre de trois :

*a*) Le plus commun siège à l'extrémité antérieure de la sixième côte, c'est le point de côté antéro-axillaire. Il répond à la terminaison antéro-latérale de la grande scissure.

*b*) Un plus rare, situé à l'extrémité antérieure de la quatrième côte. Point antéro-supérieur. Il n'existe qu'à droite.

*c*) Enfin un troisième point scissural aberrant, situé au carrefour de la bifurcation de la grande scissure droite. C'est le point rétro-axillaire.

La radioscopie montre dans ces formes une bande plus ou moins large, opaque suivant le trajet de la scissure.

En résumé retenons comme signes principaux de la pleurésie sèche interlobaire :

Qu'elle est souvent la localisation du début de la tuberculose ;

Qu'elle se manifeste par la fréquence et la ténacité de points de côté à localisation particulière. Point antéro-axillaire, point antéro-supérieur, point rétro-axillaire.

Et qu'enfin la radioscopie dessine souvent le trajet de la scissure, dont les feuillets pleuraux sont épaissis.

**2° Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse interlobaire.**

Il semble que cette pleurésie fréquente anatomo-pathologiquement, le soit moins cliniquement, parce que l'épanchement est souvent minime ou bien parce qu'il passe inaperçu. De nombreuses pleurésies interlobaires purulentes ne semblent-elles pas, en effet, avoir commencé par le stade séro-fibrineux.

Cette variété donne tous les signes de la pleurésie ordinaire, mais avec des variations qui proviennent

d'abord de sa localisation et ensuite du peu d'abondance de l'épanchement.

### 3° Pleurésie interlobaire tuberculeuse purulente.

La tâche nous est ici facilitée par la description magistrale faite par M. Dieulafoy de la pleurésie interlobaire pneumococcique.

Ici, comme dans la forme ordinaire la pleurésie interlobaire tuberculeuse se montre à nous sous les dehors d'une maladie de l'appareil pulmonaire ou de la grande cavité pleurale. Et cependant, comme le fait remarquer M. Dieulafoy, on a l'impression qu'il ne s'agit ni d'une pleurésie ordinaire, ni d'une pneumonie.

Si on cherche en effet le frisson, les râles crépitants, le souffle tubaire, les crachats rouillés de la première de ces deux maladies, on ne les trouve pas ; pas plus qu'on ne trouve les frottements, les frottements râles ou la matité de la pleurésie séro-fibrineuse.

Il se passe quelque chose dans la poitrine, mais on a conscience au début tout au moins, qu'il ne s'agit d'aucune des maladies que l'on y rencontre d'ordinaire.

Plus tard quand le foyer pleural interlobaire est constitué, il retentit violemment sur les parties pulmonaires environnantes et les signes stéthoscopiques pourraient égarer à présent le diagnostic, comme pouvaient le faire au début de la maladie les signes fonctionnels.

Nous trouvons dans plusieurs de nos observations de gros râles sous-crépitants autour de l'épanchement.

Est-ce à dire que l'épanchement quand il siège dans l'interlobe, ne se révèle par aucun symptôme propre ? Non !

Nous trouvons chez plusieurs de nos malades une matité encadrée entre des zones sonores, « matité suspendue » de Dieulafoy avec sonorité dans les parties supérieures et inférieures du thorax, de l'abolition des vibrations à la palpation, de la pectoriloquie aphone, du souffle, de l'égophonie, en un mot tout ce qui caractérise le véritable épanchement pleural.

La vomique est, avec l'hémoptysie, dont il sera parlé dans un instant, le symptôme le plus important de la pleurésie interlobaire. Elle survient ici beaucoup plus fréquemment que dans les pleurésies de la grande cavité ; les pleurésies enkystées entraînent une hypertension qui, souvent, n'existe pas dans la pleurésie ordinaire où le poumon peut se dérober en se ratatinant pour ainsi dire dans le sillon costo-vertébral. De plus, elles engendrent des phénomènes de nécrobiose, qui sont d'autant plus actifs, que l'on a affaire à une véritable cavité close.

En revanche, la vomique, quand elle a lieu, est généralement peu abondante, et s'il est des malades qui remplissent la moitié de leur crachoir en un instant, il en est d'autres, au contraire, qui présentent une simple expectoration, en tout point semblable à celle de la bronchorrhée. La collection qui lui donne naissance est, en effet, peu importante ; elle se réduit à quelques centaines de grammes.

Dieulafoy a insisté sur la fétidité de l'haleine qui peut,

dans certains cas, faire prédire la vomique vingt-quatre heures et même trente-six heures à l'avance : « Avant que l'ouverture du foyer dans les bronches soit assez large pour livrer passage au pus de la vomique, il se fait une simple fissure, un petit pertuis, au travers duquel s'échappent les émanations fétides de la cavité. »

La dyspnée de la pleurésie interlobaire est beaucoup plus forte que celle de la pleurésie ordinaire, où des épanchements de 2 litres n'entraînent souvent qu'une gêne respiratoire minime.

La malade de notre deuxième observation est à ce point de vue un bel exemple ; l'anhélation était chez elle à tel point intense que l'on crut, un moment, qu'il s'agissait d'une obstruction laryngo-trachéale. Il fallut, pour se convaincre qu'il n'en était rien, faire par deux fois l'examen laryngologique.

L'hémoptysie est un symptôme très important de la pleurésie tuberculeuse interlobaire. Dieulafoy pense : « que le processus, qui provoque l'ulcération d'une bronche et la vomique, peut provoquer également l'ulcération d'un vaisseau et les hémoptysies. »

Comme on peut s'en rendre compte les signes de la pleurésie interlobaire purulente tuberculeuse sont à peu près les mêmes que ceux de la pleurésie interlobaire purulente pneumococcique. Cependant dans la forme tuberculeuse le début est moins brusque, l'évolution beaucoup plus longue, l'état général moins touché et la vomique plus tardive.

Nous n'avons pas observé de pleurésie hémorragique tuberculeuse de l'interlobe.

**4° Pleurésie interlobaire putride d'origine tuberculeuse.**

Cette forme peut exister. Nous citerons des observations de pleurésie interlobaire putride semblant de nature tuberculeuse ou ayant dans tous les cas évolué chez des tuberculeux avérés, sans que l'on retrouve d'autres causes susceptibles de l'expliquer.

Dans cette variété, l'expectoration est très fétide, l'état général beaucoup plus touché que dans les autres formes; les signes physiques ne se distinguent par rien de particulier.

Le pronostic est sombre et la marche beaucoup plus rapide. Rappelons que le malade de l'observation n° 11 est mort au quinzième jour de sa maladie.

## DIAGNOSTIC

### 1° Diagnostic de la lésion interlobaire.

Au début les symptômes sont vagues et prêtent à confusion. Ce sont : le point de côté, la toux, la fièvre et l'oppression.

Cependant l'on se rend compte que l'on a affaire ni à une fluxion de poitrine, ni à un épanchement de la grande cavité pleurale, ni à une broncho-pneumonie. Les principaux signes de ces affections font défaut.

La collection interlobaire, séreuse, purulente ou putride, qui au début était profondément enfouie et recouverte par le parenchyme pulmonaire sain (avec réaction du poumon au voisinage de l'interlobe), va en se développant se révéler par des symptômes plus caractéristiques.

On trouve alors la matité suspendue de Dieulafoy et la plupart des signes inhérents aux collections liquides.

La ponction exploratrice peut rendre des services. Cependant elle reste souvent sans résultat car ces pleurésies interlobaires sont profondément enfouies et l'ai-

guille peut se perdre dans le tissu pulmonaire qui entoure l'interlobe.

Dans ces cas il est bon, comme nous l'avons entendu dire à M. le Dr Mosny, de consulter avant l'opération l'épreuve radiographique.

On compte sur la radiographie les espaces intercostaux en partant du haut de la poitrine et jusqu'au niveau de la zone obscure. Même chose est faite sur le malade.

Ainsi l'aiguille pénètre dans le bon espace intercostal et selon une direction convenable. La découverte du pus et son évacuation sont presque toujours obtenues grâce à ce procédé.

Souvent le diagnostic s'impose avant la vomique. Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. C'est dans ces cas que la radiographie précédée d'un examen radioscopique apporte un concours précieux.

Mais sur ce sujet nous ne saurions mieux faire que de rapporter les paroles de M. Béclère :

« Ce n'est pas seulement l'épaississement fibreux des feuillets pleuraux qui le limitent, ce sont les collections liquides séreuses ou purulentes enfermées dans sa cavité, ce sont les lésions congestives, œdémateuses ou inflammatoires du tissu pulmonaire avoisinant, qui pourront à l'avenir être plus sûrement diagnostiquées à mesure que les images radioscopiques correspondantes seront mieux recherchées et plus exactement interprétées.

L'exploration du thorax à l'aide des rayons de Röntgen ne peut venir en aide au diagnostic qu'entre les

mains d'un médecin. Cette exploration doit toujours débuter par un examen radioscopique.

L'examen radioscopique n'est complet que si le thorax se présentant tour à tour de face, de dos, latéralement et obliquement à l'écran est successivement traversé par les rayons de Röntgen en diverses directions, l'ampoule étant successivement placée à diverses hauteurs depuis le sommet de la tête, jusqu'au détroit inférieur du thorax. »

Ces différentes recherches et explorations ayant été faites on arrivera généralement à éliminer tout ce qui n'est pas lésion pure de l'interlobe. C'est-à-dire les pleurésies de la grande cavité pleurale, certaines pneumonies centrales, les abcès du poumon et les splénopneumonies qui, d'ailleurs, coexistent si souvent avec les réactions de la plèvre interlobaire.

### 2° Diagnostic de la nature tuberculeuse des lésions interlobaires.

Le diagnostic sera le plus souvent facile à établir. Pour cela aucun procédé ne sera négligé.

Si les ressources de la clinique ne suffisent pas et si la pleurésie s'accompagne d'un épanchement, l'examen cytologique du liquide retiré par la ponction, ses ensemencements sur gélose glycérinée au sang, l'inoculation au cobaye nous viendront en aide.

De même nous pourrons aussi faire appel soit à la cuti-réaction de Van Pirket, soit à l'ophtalmo-réaction

ou à l'injection sous-cutanée d'un dixième de milligramme de tuberculine.

### Marche. Durée. Terminaison.

Dans les pleurésies interlobaires tuberculeuses sèches et séreuses la marche est celle de la tuberculose en général.

Dans la forme purulente l'évolution est longue, on a souvent de la vomique et l'épanchement peut se reproduire après la ponction.

### Traitement.

Le traitement vise surtout les pleurésies interlobaires tuberculeuses purulentes. On a à sa disposition soit la ponction simple, soit la ponction suivie d'injection modificatrice. On pourra par exemple injecter dans la poche interlobaire 10 centimètres cubes d'électrargol. A la suite de ces injections la température s'abaisse, la dyspnée s'amende et l'état général redevient bon.

Enfin si l'état ne s'améliore pas il ne faudra pas trop attendre pour recourir au traitement chirurgical. Rappelons à ce sujet l'opinion de M. Dieulafoy. : «....Ainsi que je l'ai déjà fait pressentir, le traitement médical est purement illusoire. Il y a là une cavité infectée, remplie d'un liquide qu'il faut évacuer. Dans les cas heureux, mais rares la vomique se charge d'évacuer ce foyer et en quelques semaines tous les symptômes disparaissent et la guérison est spontanément obtenue. Mais il

est préférable de ne pas attendre la vomique et en tout cas, si malgré la vomique la fièvre persiste, si les accidents d'infection continuent, il faut opérer, et si l'opération est faite en temps voulu et suivant les règles de l'art, on va droit au succès. »

# OBSERVATIONS

## Observation I

*Tuberculose pulmonaire débutant par des signes scissuraux.*

M..., électricien, âgé de 30 ans.

Vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine, pour amaigrissement et fatigue rapide. Point de côté interscapulaire.

On trouve des craquements et des frottements dans la région scissurale. Aucun autre bruit adventice dans les autres régions

## Observation II

*Emphysème aux deux sommets. Congestion du sommet et de la base droite et de tout le poumon gauche.*

S..., salle Louis, nº 12, 1905.

Puis broncho-pneumonie tuberculeuse à droite avec épanchement séreux méta-broncho-pneumonique, aboutissant à la pleuro-broncho-pneumonie bilatérale prédominante aux scissures.

Épanchement séreux à la base droite.

### Observation IV

L..., salle Louis, n° 8, 1905.

Chez ce malade qui a eu à droite une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse secondaire, on trouve des craquements disséminés dans tout le poumon droit tandis qu'à gauche ils sont localisés au niveau de la scissure interlobaire, avec véritable écharpe douloureuse suivant fidèlement le trajet de cette scissure

### Observation V

M..., salle Louis, n° 2, 1905.

Chez une malade qui avait eu une pleurésie gauche tuberculeuse, on trouve une pleurésie séro-fibrineuse cloisonnée et quelques jours après des frottements et des râles sous-crépitants autour de la scissure gauche avec point douloureux juxta-vertébral au voisinage de la troisième côte.

### Observation VI

Nous ne résistons au désir d'intercaler parmi nos observations toutes inédites et qui nous sont dues, nous nous plaisons à le rappeler, à l'amabilité de M. le Dr Mosny dans le service de qui cette thèse a été faite, l'observation d'un malade, publiée par M. le Dr Sabourin, dans son article intitulé « Le point de côté scissural. » *Revue de médecine*, année 1907 (mois d'avril).

Cette observation viendra renforcer les preuves que nous apportons et démontrer d'une manière absolument claire que

la tuberculose peut se localiser et se localiser uniquement, nous insistons sur ce point, au niveau de la plèvre interlobaire.

Il s'agit :

D'un jeune homme de 30 ans, robuste de constitution, devenu tuberculeux par surmenage prolongé.

Malade depuis un an avec des lésions vulgaires des sommets, légères à droite, plus étendues à gauche où il y a encore un petit foyer ramolli dans l'angle interne de la fosse sus-épineuse.

Depuis quelques mois il souffre à peu près continuellement de son côté gauche, depuis le rachis jusqu'en bas de la ligne axillaire.

Les douleurs reviennent plus fortes par crises de huit à quinze jours de durée.

Dans les périodes de calme, la température oscille entre 36°6 et 36°8.

Au début de sa cure de sanatorium, nous assistons à une de ces crises qui dura une quinzaine de jours, pendant lesquels le thermomètre s'éleva à 38°. Pendant tout ce temps, jusqu'à ce que la fièvre fût tombée, les symptômes morbides n'ont pas varié.

Les lésions du sommet, presque desséchées déjà, ne donnent plus d'expectoration régulière et ne bougent pas. Aucune altération de la sonorité pulmonaire ni des vibrations ; le poumon gauche respire seulement moins fort à cause de la douleur.

Cette douleur occupe vaguement tout le trajet de l'écharpe scissurale depuis le rachis jusqu'au bas de l'aisselle en avant, mais les exacerbations se font sentir surtout au niveau de la sixième côte en avant.

A l'examen direct, on trouve trois foyers douloureux à la pression du doigt :

1° Le point rachidien entre les troisième et quatrième côtes ;

2° Le point rétro-axillaire sous l'angle de l'omoplate :

3° Le point antérieur à l'extrémité de la sixième côte.

Les foyers douloureux sont nets, bien limités et la pression provoque le phénomène de la défense musculaire.

Sur le reste de la bande scissurale la douleur n'existe pas.

Comme signe d'auscultation, on ne trouve rien au niveau du point vertébral. Rien non plus sur le point antéro-inférieur. Mais au niveau du point rétro-axillaire et un peu en arrière du bord postérieur de cet os, on découvre à la respiration et surtout à la toux un foyer de bruits secs, frottements secs de la plèvre vraisemblablement, de modalité constante. C'est la seule région de la marge scissurale où émerge la pleurite sèche de l'interlobe.

Dès que la fièvre fut tombée, ces bruits anormaux disparurent, il ne resta bientôt plus aucune sensibilité, même à la pression, sur les trois foyers antérieurement douloureux. Et chose remarquable, le malade ne parut pas ultérieurement plus court d'haleine qu'avant cette dernière crise.

### Observation VI

*Pleurésie sèche interlobaire chez un bacillaire et accompagnée de spléno-pneumonie.*

B..., salle Louis, n° 3, 1907.

Entre à l'hôpital le 7 novembre 1907. Il tousse et crache du sang. En même temps il éprouve un violent point de côté à gauche et une légère dyspnée.

Le malade est nettement tuberculeux et a été obligé de se reposer à différentes reprises pour des hémoptysies.

L'auscultation du poumon fait entendre en arrière et à droite des signes de tuberculose avec respiration rude, craquements aux deux temps et surtout à l'inspiration, tant dans la fosse sus-épineuse que dans la fosse sous-épineuse.

A gauche dans la fosse sus-épineuse rien d'anormal.

Vers le tiers moyen du poumon le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle existant aux deux temps fort, superficiel et intense surtout près de la ligne axillaire.

On entend aussi des râles sous-crépitants disséminés. Dans cette région on a de l'égophonie et de la pectoriloquie.

Au tiers inférieur mêmes signes mais souffle moins fort.

Le malade a donc dans la moitié thoracique gauche tous les signes stéthoscopiques d'un épanchement pleural.

On fait une ponction exploratrice dans les huitième et neuvième espaces en arrière; elle ne donne rien, même en employant le procédé des deux aiguilles indiqué par MM. Mosny et Horvier (Société médicale, avril 1907).

Du reste le malade est apyrétique. Son état général est satisfaisant, l'appétit conservé et les fonctions digestives normales.

Le 21 décembre 1907 le malade est soumis à l'examen radioscopique.

Les sommets sont moins clairs que normalement; la mobilité diaphragmatique est diminuée et l'on observe une opacité qui suit exactement le trajet de la scissure.

On conclut donc en se basant sur l'examen clinique et la radioscopie à une pleurésie sèche de la scissure interlobaire de nature tuberculeuse.

Le malade a été amélioré par le repas à l'hôpital et la suralimentation, mais les signes stéthoscopiques sont restés les mêmes.

### Observation VII

*Pleurésie interlobaire droite avec très faible quantité de liquide et spléno-pneumonie environnante d'origine tuberculeuse.*

B..., salle Louis, n° 7, 1907.

B..., fumiste, entre à l'hôpital parce que depuis deux mois il a des frissons et de la toux et depuis un mois un point de côté intense qui siège à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon

La toux s'est amendée. Cependant, on note au cours d'une quinte une expectoration abondante muco-purulente, sans odeur.

Le malade arrive avec une température de 38°4.

*Le 3 novembre.* — A l'examen, on trouve en avant et à droite une zone mate, nettement limitée : large de quatre travers de doigt, elle siège au-dessous du mamelon et se trouve située entre deux lignes verticales, l'une parasternale, l'autre axillaire, à 5 centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire.

A l'auscultation, on entend un souffle assez intense, dont le maximum est à l'angle supéro-interne du parallélogramme dessiné par la zone de matité.

On trouve également dans cette même région de l'égophonie franche et de la pectoriloquie aphone.

La toux est peu fréquente, elle s'accompagne de quelques râles fins et sous-crépitants.

L'expectoration est muqueuse et peu abondante

On note des sueurs nocturnes et de l'amaigrissement.

Une ponction faite à 3 centimètres au-dessous du mamelon donne issue à une faible quantité de sérosité sanglante.

En arrière, le murmure vésiculaire est affaibli dans la moitié supérieure du poumon, sans adjonction d'aucun bruit anormal.

Une nouvelle ponction faite quinze jours plus tard, donne 1 centimètre cube de liquide que l'on injecte dans le péritoine d'un cobaye.

*Le 17 novembre.* — La submatité prend la forme d'un croissant à convexité inférieure et dont la corne interne est à la terminaison du troisième espace intercostal.

Dans cette même zone on entend du souffle, de l'égophonie et de la broncho-égophonie.

*Le 27 novembre.* — Le souffle et l'égophonie sont très nets à la partie antérieure de la matité. Les vibrations se sont accrues.

Au niveau de la base droite on note de la matité et une augmentation des vibrations. Ces signes font songer à une atélectasie pulmonaire, causée par un épanchement profond de l'interlobe droit, épanchement assez considérable pour refouler en bas et en arrière le parenchyme pulmonaire.

On fait deux nouvelles ponctions dans les troisième et quatrième espaces intercostaux ; elles restent sans résultat.

A la radioscopie, on note les particularités suivantes :

En avant et à droite, *bande d'opacité oblique en bas et en dedans et suivant le troisième espace intercostal.*

Cette bande répond à l'interlobe moyen droit et confirme les résultats obtenus par l'examen clinique.

En arrière et toujours du même côté, cette zone d'opacité revêt la forme d'un V à base externe suivant la scissure et rejoignant la zone opaque antérieure.

Les régions sombres répondent, comme nous l'avons déjà fait remarquer, à la scissure moyenne ; c'est-à-dire à un épaississement de la séreuse au niveau des carrefours pleuraux.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une pleurésie interlobaire avec spléno-pneumonie environnante.

Le malade sort le 18 novembre, son état général est bon, il n'a plus de fièvre ni de toux ; mais le point de côté subsiste toujours ainsi que les signes physiques.

## Observation VIII

L..., n° 4, salle Louis, 1907.

Le malade qui fait l'objet de cette observation est tuberculeux.

Il a eu les hivers précédents des bronchites et des hémoptysies fréquentes.

Le début de la maladie actuelle remonte à trois mois. Pendant les quinze premiers jours le malade accuse de la courbature, des frissons, de l'amaigrissement.

Puis au bout de ce laps de temps un violent point de côté fait son apparition à droite de la poitrine.

Il s'accompagne de fièvre, de sueurs nocturnes, de dyspnée.

Au bout d'un mois survient une vomique abondante mais non fétide.

Cette vomique est suivie dans la nuit d'une expectoration de pus encore plus abondante qui fait place les jours suivants à de simples crachats hémoptoïques.

Puis l'état général s'améliore. L'appétit revient et l'on n'a plus à noter qu'une légère douleur épigastrique et de la dyspnée. C'est dans ces conditions que le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A ce moment, le facies est pâle et le teint fortement pigmenté.

Les yeux sont enfouis et brillants. Les paumettes sont saillantes. Il y a un amaigrissement notable et les creux sus et sous-claviculaires sont très marqués.

La toux survient surtout à l'occasion des déplacements et l'expectoration remplit la moitié d'un crachoir.

Elle est constituée par un liquide brunâtre, sans odeur nette, au-dessus duquel surnagent des débris purulents, gris, verdâtres, hémoptoïques, adhérents.

Mais passons à l'examen physique du malade.

En avant, on a, entre les quatrième et huitième côtes, une zone de matité absolue. Cette zone est limitée en dedans par une ligne étendue obliquement du mamelon à la huitième côte, qu'elle rencontre à 2 centimètres en dedans de la ligne mamelonnaire. Au delà de la ligne axillaire, elle se prolonge en une zone de matité postérieure, qui toujours limitée en bas par la huitième côte, s'étend jusqu'à la colonne vertébrale. Cependant au delà de la quatrième côte, la matité quoique remontant jusqu'à la fosse sus-épineuse, n'atteint pas la colonne vertébrale et se transforme dans cette région en submatité.

En avant, on a à la partie supérieure du thorax une respiration de suppléance intense.

Dans la zone mate les vibrations sont nulles. Cependant au niveau de la cinquième côte et à quelques centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire, on perçoit un souffle amphorique et de gros râles sous-crépitants qui se propagent jusqu'à la ligne axillaire d'une part et qui, d'autre part, débordent en avant la ligne de matité ; les râles allant plus loin que le souffle et atteignant presque le sternum. Nous ferons cependant remarquer qu'au-dessous de la huitième côte on a un véritable tympanisme et que l'on trouve au voisinage de la colonne vertébrale, de la

pectoriloquie aphone, de la broncho-égophonie et du souffle amphorique.

Enfin dans cette zone mate postérieure les vibrations sont diminuées.

On fait une ponction dans le septième espace à 2 centimètres de la ligne médiane. L'aiguille en pénétrant éprouve une véritable sensation de dureté et fait crier les tissus qu'elle traverse. On doit l'enfoncer dans toute sa longueur, 5 centimètres à peu près pour atteindre la collection et donner issue à une quantité minime de pus évoluable à 2 centimètres cubes.

Une seconde ponction est faite dans le même espace, mais à 1 centimètre plus en dedans. Elle ne fait pas éprouver la même sensation, mais elle donne les mêmes résultats. Après la ponction on procède à un examen radioscopique.

Le côté droit est en général obscur.

Cependant cette obscurité peut être divisée selon son intensité en trois étages :

Un étage supérieur comprenant le sommet du poumon, suffisamment clair. Un étage moyen au niveau de la scissure : toute cette partie est très obscure ; on peut cependant y distinguer une zone inférieure absolument sombre et une zone supérieure un peu plus transparente, avec niveau horizontal ne subissant aucune modification par le fait des changements de position du malade.

Dans l'étage le plus inférieur l'obscurité est encore assez forte

Nous concluons donc, tant d'après l'examen clinique que d'après l'examen radioscopique, à une vaste poche interlobaire, occupant tout l'interlobe tant en avant qu'en arrière.

## Observation IX

*Pleurésie interlobaire tuberculeuse, limitée et récente.*

L. B..., salle Louis, nº 23. Entrée le 3 février 1906.

Début il y a un mois avec point de côté à gauche, frisson, dyspnée, anorexie.

Le malade s'alite. Puis un mieux s'étant produit il reprend son travail. Ce mieux ne dure que quelques jours ; il se sent bientôt repris de tous les symptômes sus-énoncés, avec en plus expectoration verdâtre et fétidité de l'haleine. On note même une hémoptysie.

Le malade entre alors à l'hôpital et on porte le diagnostic de pleurésie interlobaire gauche. La poche doit être petite et située au voisinage du hile. Elle s'accompagne de congestion avec induration de la base du poumon.

A l'examen de la poitrine, on ne note rien en arrière du côté droit.

A gauche on trouve de la matité à la base ; cette matité ne dépasse pas le tiers inférieur et elle s'accompagne d'abilition des vibrations et de râles crépitants surtout à la fin de l'inspiration.

Vers le tiers moyen les râles disparaissent.

On trouve vers la quatrième épineuse, c'est-à-dire au niveau du hile, du souffle tubaire de tonalité amphorique, souffle localisé et se révélant aux deux temps de la respiration.

On trouve également de la bronchophonie et une très légère pectoriloquie, mais sans grand retentissement de la toux, sans gargouillements, ni râles. Le souffle que l'on entend ici se perd

dès que l'on porte l'oreille vers le haut du poumon, où la respiration redevient normale.

En avant on trouve une diminution des vibrations et de la matité à la base.

L'état général est mauvais, le malade est très fatigué, il peut à peine se tenir debout. Le teint est pâle et plombé. A l'examen bactériologique on ne trouve pas de bacilles de Koch.

Le 8 février l'auscultation révèle des frottements aux deux temps, avec craquements très limités à la base et dans l'aisselle.

Le souffle garde toujours les mêmes caractères. L'on perçoit de plus des frottements très fins au niveau de la scissure interlobaire.

A la radioscopie on note : deux zones d'obscurité, une près du hile, l'autre plus effacée au voisinage du sommet. Cette dernière doit être due à des lésions tuberculeuses.

La zone sombre hilaire, celle qui se trouve au niveau de la scissure interlobaire gauche, se montre à nous sous la forme d'une anneau obscur, circonscrivant un espace plus clair, de la grosseur d'une mandarine. Cette ombre s'étend sur une longueur de trois travers de doigt, mais ne suit pas nettement la scissure interlobaire.

Les jours suivants le malade rend dans ses crachats quelques stries sanglantes.

La fétidité de l'haleine ne revient que par intermittence et le souffle est moins net.

L'état général s'améliore.

Le 28 février le souffle n'est plus perceptible.

On trouve cependant encore quelques râles, le long de la colonne vertébrale du hile à la base, ainsi que des craquements au sommet droit et le long de la scissure.

En résumé l'on a affaire à une pleurésie interbolaire purulente tuberculeuse.

L'expectoration et la fétidité de l'haleine se sont notablement amendées et l'état général étant aussi bon que possible le malade sort sur sa demande.

### Observation X

P..., 26 ans, salle Louis, nº 21, 1906.

Entre pour bronchite bilatérale avec point de côté à droite, toux et expectoration.

A gauche de la broncho-pneumonie disséminée et à droite une broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

Les crachats sont rouillés, aérés et visqueux.

On note un ictère intense mais passager.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est qu'au seizième jour de la maladie, des frottements et des craquements font leur apparition au niveau des deux scissures interlobaires mais surtout à droite et qu'au vingt et unième jour, un œdème pleural se localise à la scissure droite.

### Observation XI

*Cas de pleurésie interlobaire putride et tuberculeuse.*

N..., salle Louis, lit nº 9, 1906.

Retraçons en quelques mots les antécédents de la maladie :

Il y a huit mois expectoration hémoptoïque et point de côté gauche.

Il y a six semaines épistaxis, frissons, sueurs, fièvre et toux intense.

Il y a cinq semaines point de côté gauche subit et violent avec dyspnée.

A l'examen du malade on note un œdème de la paroi, avec dilatation du réseau veineux sous-cutané.

En avant et à gauche les vibrations sont conservées au sommet, mais la partie supérieure de l'espace de Traube est mate.

A droite, au contraire, rien d'anormal à la percussion et à l'examen par la palpation.

L'auscultation met en évidence à gauche une diminution du murmure vésiculaire, tandis qu'elle révèle à droite de gros râles ronflants et sonores, une respiration soufflante, une expiration prolongée, et quelques sibilances.

En arrière et toujours à droite, on trouve à peu près les mêmes signes.

C'est donc le côté gauche qui devra surtout nous arrêter.

Au sommet respiration soufflante avec sibilances et gros râles. Diminution notable du murmure vésiculaire dans les deux tiers inférieurs, et matité absolue à deux centimètres au-dessous de la base de l'épine de l'omoplate.

Dans les limites de cette matité on note un souffle pleurétique des plus nets, avec, au tiers moyen, de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone de l'épine à la base.

*Le 5 février.* — On fait une ponction exploratrice dans le huitième espace. On recueille un liquide citrin et sans odeur. Mais à quelques millimètres plus en dedans, il est donné issue à un liquide trouble, de couleur jaune et horriblement fétide. On inocule une très faible quantité de ce liquide sous la peau

d'un cobaye. Disons tout de suite que ce cobaye n'a présenté aucune lésion de bacillose.

*Le 7 février.* — Fétidité de l'haleine et de l'expectoration; mais cette fétidité n'est pas comparable à l'odeur du liquide ponctionné.

A l'examen physique on ne note aucun déplacement de la matité; mais il n'y a plus trace de souffle, d'égophonie, ni de pectoriloquie. Le silence respiratoire est complet dans toute l'étendue de la matité.

Dans la région axillaire du même côté, entre les cinquième et septième côtes et sur une étendue de quatre travers de doigt on trouve du tympanisme, de l'abolition des vibrations, ainsi que des gargouillements superficiels à timbre métallique.

*Le 8 février.* — On note un souffle intense et de la pectoriloquie aphone dans les deux tiers inférieurs de la poitrine et une égophonie assez nette dans les limites supérieures de l'épanchement.

Dans la région axillaire le tympanisme est remplacé par de la submatité.

Par contre on peut entendre dans le huitième espace, en dedans du point où l'on a ponctionné et sur une longueur de trois travers de doigt du souffle amphorique, des barbottements métalliques et de la succussion hippocratique.

Le malade meurt le lendemain et on fait l'autopsie :

A droite : La plèvre est saine à cela près qu'il existe quelques adhérences des feuillets.

Les sommets et les bords antérieurs du poumon sont à tel point emphysémateux, que l'organe fait une énorme saillie à travers l'ouverture de la poitrine.

On trouve des lésions tuberculeuses au sommet.

La base est très œdématicée et une grande quantité de liquide spumeux, séreux, non sanguinolent s'écoule à la coupe.

A gauche : On voit entre les quatrième et huitième côtes, à la partie antéro-externe du thorax, toute une zone de forme ovale, à grand axe dirigé en bas et en dedans où la plèvre est épaissie et recouverte d'une couenne jaune-verdâtre, tomenteuse.

C'est la partie inférieure et antérieure de la scissure interlobaire.

La cavité interlobaire est cloisonnée en une infinité de pochettes de grandeurs différentes, pleines d'une sérosité citrine, limpide et inodore.

Mais les tractions exercées sur le poumon pour l'extraire de la poitrine, font sortir des parties postéro-supérieures de la poche interlobaire un liquide louche et fétide.

A la partie postérieure l'interlobe se dessine sur la paroi thoracique par une ligne nette représentant l'adhérence de la plèvre.

On trouve des ganglions trachéo-bronchiques volumineux et à lésion bacillaires.

En somme nous nous trouvons en présence d'une pleurésie interlobaire putride d'origine tuberculeuse.

### Observation XII

B..., salle Nélaton, n° 7, 1907.

Entre salle Nélaton pour des troubles urinaires avec une légère albuminurie qui disparaît vite.

Mais cette malade présente de la bacillose pulmonaire à forme emphysémateuse.

L'auscultation révèle dans les deux poumons des signes de bronchite généralisée avec gros ronchus et sibilances. L'emphysème s'y trahit par un prolongement des deux temps de la respiration et principalements de l'expiration.

On trouve au sommet gauche de la submatité, de la bronchophonie et quelques craquements secs dans la moitié externe de la fosse sus-épineuse.

La malade tousse et son expectoration est mousseuse. Elle a eu plusieurs hémoptysies.

Quelques jours après son entrée la malade est prise dans les premiers jours de juillet d'un accès de dyspnée qui persiste quelques jours et ressemble à une crise d'asthme.

Après une amélioration passagère la dyspnée reparaît et devient extrêmement prononcée. Elle prend même de telles proportions que l'on soupçonne une obstruction laryngo-trachéale.

Deux examens laryngologiques ayant démontré qu'il n'en était rien, on procède à l'examen radioscopique :

On trouve une certaine opacité sur le diaphragme du côté gauche et le liquide qui est la cause de cette opacité obéit aux lois de la pesanteur puisque les ondes y sont possibles et que le niveau y reste horizontal malgré les inclinaisons thoraciques.

Dans la suite la dyspnée devient à tel point inquiétante que la malade est opérée d'urgence.

L'opération de l'empyème laisse s'écouler du liquide purulent en petite quantité, et met à découvert une surface pulmonaire qui paraît normale. On fait le drainage de la cavité. La malade s'améliore. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Au mois d'octobre l'état général s'améliore encore ; la malade ne tousse pas, elle ne crache plus et l'appétit est bon.

Cependant elle se plaint toujours d'un point douloureux sous l'omoplate gauche.

On ne fait plus les pansements que tous les deux jours. On diminue le calibre du drain et le 31 octobre on le supprime. Dès le lendemain de la suppression du drain la toux reprend et la malade expectore des crachats blancs mousseux.

*Le 7 novembre.* — La plaie étant fermée, la toux augmente encore, surtout la nuit avec point de côté en avant et à gauche, céphalalgie et anorexie.

La température s'élève tous les jours jusqu'au 12 novembre

On pratique un nouvel examen radioscopique.

Le poumon gauche est transparent jusqu'au niveau de l'interlobe où apparaît une zone sombre et sous cette dernière une nouvelle zone claire.

Le poumon droit est parfaitement transparent.

Il n'y a aucune trace d'induration ni d'adénopathie dans les deux poumons.

*Le 9 novembre.* — La malade se plaint d'un point douloureux à gauche, surtout localisé à la pointe de l'omoplate.

A l'examen du poumon gauche on ne délimite qu'une submatité légère sous l'acromion et sur une hauteur de trois à quatre travers de doigt. En avant on ne trouve de matité qu'au niveau de l'espace de Traube et à l'auscultation quelques râles de bronchite et quelques sous-crépitants plus nombreux au voisinage de la zone mate.

*Le 23 novembre.* — On fait une nouvelle radioscopie, qui donne toujours les mêmes résultats. On repère la zone sombre sur la paroi thoracique ; elle semble s'étendre de la quatrième côte en arrière à l'espace compris en avant entre les sixième et septième côtes. Elle correspond donc à l'interlobe et il est vraisemblable

qu'il s'agit d'un épanchement interlobaire. Cette opacité qui se trouve intercalée entre des zones plus claires constitue une véritable « opacité suspendue » qui répond à la « matité suspendue » de Dieulafoy.

Pendant tout le mois de décembre la malade ressent au côté gauche, dans la ligne axillaire et au niveau du cinquième espace un point douloureux. Elle rend toujours et en grande abondance des crachats blancs mousseux, qui font penser à certains moments à une ébauche de vomique.

Cependant il n'y a jamais eu de vomique à proprement parler.

On fait une ponction de l'espace interlobaire, en s'aidant de la radiographie.

On retire une centaine de grammes d'un liquide purulent, mais bien lié.

Un cobaye est inoculé avec 2 centimètres cubes de ce liquide sous la peau de la cuisse.

Au bout de quelques jours on trouve un nodule infiltré et épais.

## CONCLUSIONS

1° Il existe une pleurésie interlobaire tuberculeuse, qui reconnaît les mêmes variétés que la pleurésie de la grande cavité, à savoir qu'elle peut être sèche, séreuse ou purulente. Elle peut même être putride.

(Nous ne connaissons pas de variété hémorragique.)

2° Dans les formes séreuse et purulente le diagnostic est souvent difficile ; mais on peut y arriver en s'aidant des ressources de la clinique et surtout de la radioscopie qui donne une obscurité suspendue répondant à la « matité suspendue » de Dieulafoy.

3° La forme sèche nous a paru être assez fréquente. Nous l'avons vu apparaître secondairement au cours d'une tuberculose pulmonaire en évolution, mais plus fréquemment encore comme symptôme initial.

En pratique on devra dès le début ausculter au niveau de la scissure et rechercher les points de côte scissuraux.

4° L'évolution de la pleurésie interlobaire sèche est banale.

5° L'évolution de la pleurésie interlobaire purulente est longue. Elle peut s'accompagner d'hémoptysies et de vomiques.

---

Vu : le Président de la thèse.
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris